



SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA

5º Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria

Seraton Buenos Aires Hotel & Convention Center
San Martín 1225 - Ciudad de Buenos Aires



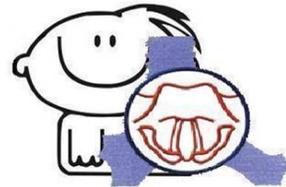
Modalidad: Tren Pediátrico

Viernes 19 de Noviembre de 2010 / 10:15 a 11:15

Otitis, rinitis, faringitis, sinusitis: conducta y tratamientos
iniciales, recidivas,..... ¿cuándo derivar?

Coordinadora Dra. Maria Alberta Caro
Secretario Dr. Ariel Plager
Expositor Dr. Hugo Rodríguez

Servicio de Endoscopia Respiratoria



Hospital de Pediatría
Prof. Dr. Juan P. Garrahan

RINITIS

Rinitis del lactante, que hacer?
Que medicamentos para las distintas edades?
Cuando derivar?



RINITIS

Rinitis del lactante, que hacer?

Que medicamentos para las distintas edades?



RINITIS

Rinitis del lactante, que hacer?
Que medicamentos para las distintas edades?





La rinitis alérgica es la enfermedad crónica más común en los niños, afectando hasta un 40%. Sin embargo, la enfermedad con frecuencia se pasa por alto (se confunde con infecciones recurrentes del tracto respiratorio superior en niños)



Los principios de tratamiento para los niños son los mismos que para los adultos, pero especial cuidado para evitar los efectos secundarios típicos de este grupo de edad

Pocos medicamentos han sido probados en niños menores de dos años



ARIA 2008

niños

Intervención	Rinitis alérgica estacional	Rinitis alérgica perenne	Rinitis Alérgica Persistente
Antihistamínicos H1 orales	A	A	A
Antihistamínicos H1 intranasales	A	A	A**
Corticosteroides intranasales	A	A	A**
Cromonas intranasales	A	A	A
Antagonistas de los receptores de antileucotrienos	A > 6 a.		A**
Inmunoterapia específica subcutánea	A	A	A**
Inmunoterapia específica sublingual/nasal	A	B	A**
Evitación de alérgenos	D	B	

*no eficaz en la población general

**extrapolada de estudios en SAR/PAR

Esteroides topicos esta bien establecido como terapia efectiva en la rinosinusitis alergica en la infancia.

[Upper airways disease: role of corticosteroids.](#)

Int J Immunopathol Pharmacol. 2010 Jan-Mar;23(1 Suppl):61-6.



SINUSITIS

Hay sinusitis en la 1ra infancia?

Cuando es CVAS y cuando sinusitis?

Son aisladas o son rinosinusoadenoiditis?

Las adenoides influyen?

Cuál es la importancia de las Rx?

Las Rx hay que pedir las antes del tratamiento, durante, al final? o más adelante?, o nunca?

Cuando una Tomografía?

Tratamiento médico, atb, antihistamínicos, descongestivos, corticoides, spray nasales.....?

Se operan? Cuando derivar?



SINUSITIS

Hay sinusitis en la 1ra infancia?

Cuando es CVAS y cuando sinusitis?

Son aisladas o son rinosinusoadenoiditis?

Las adenoides influyen?

Cuál es la importancia de las Rx?

Las Rx hay que pedir las antes del tratamiento, durante, al final? o más adelante?, o nunca?

Cuando una Tomografía?

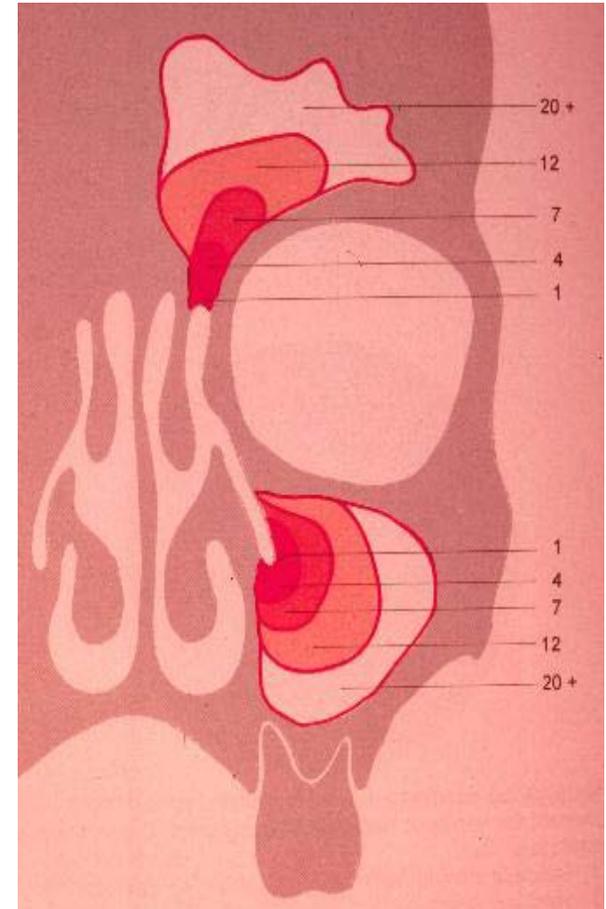
Tratamiento médico, atb, antihistamínicos, descongestivos, corticoides, spray nasales.....?

Se operan? Cuando derivar?



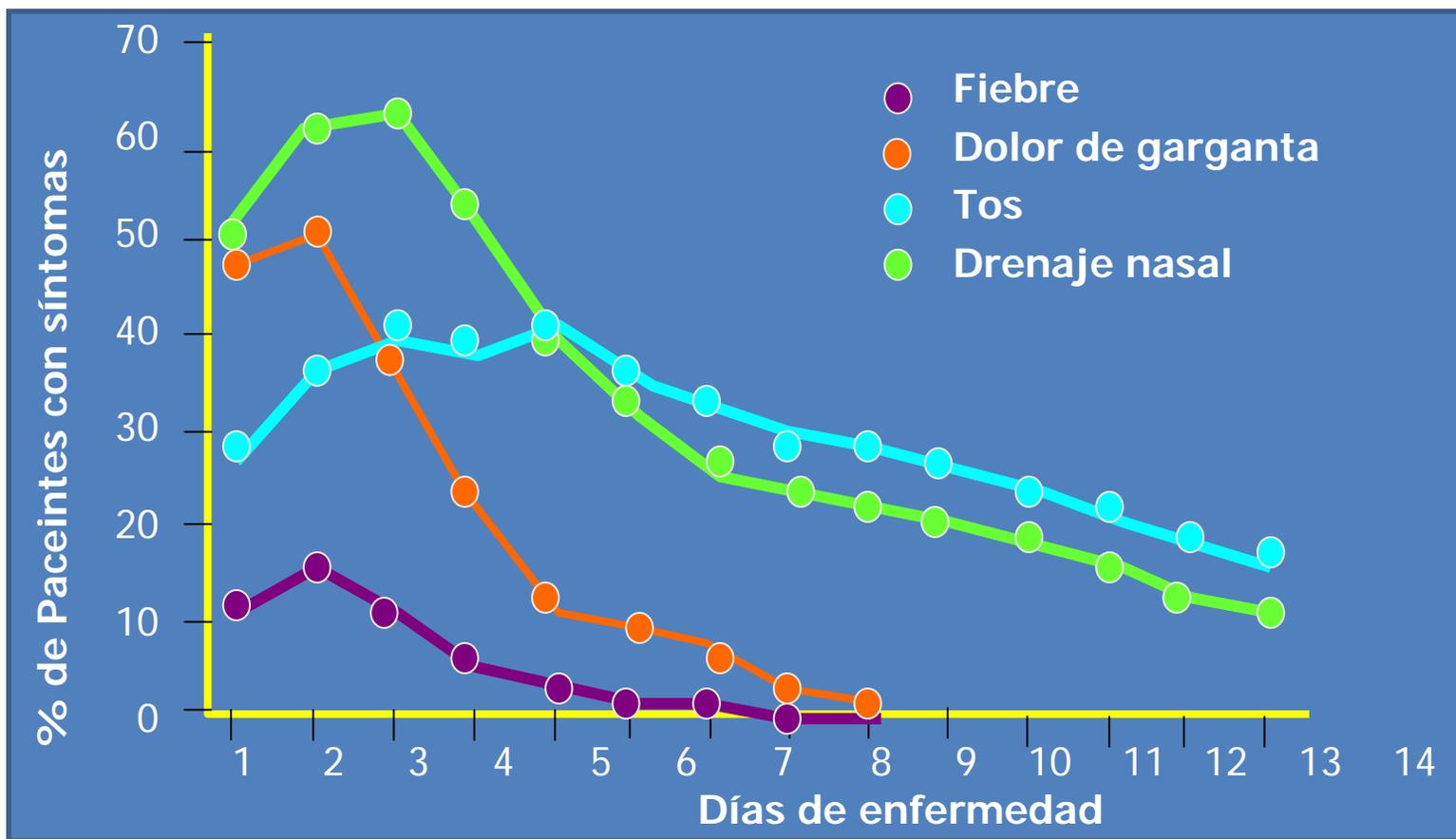
ANATOMÍA Y DESARROLLO DE LOS SENOS PARANASALES

- **Seno Maxilar**
 - 1ro en desarrollarse (65 días de gestación)
 - Visible en Rx a los 4-5 meses
 - Lento crecimiento hasta los 18 años
- **Seno Etmoidal**
 - Desarrollo en el 3er mes de gestación
 - etmoides visible a los Rx al año de vida
 - Tamaño adulto a los 12 años
- **Seno Esfenoidal**
 - Se origina al 4to mes de gestación
 - Neumatización comienza a los 3 años
 - Crecimiento rápido y tamaño adulto a los 18 años
- **Seno Frontal**
 - Comienza al 4to mes de gestación (células etmoidales superiores)
 - Visible a las Rx a los 5-6 años
 - Crecimiento lento



RINOSINUSITIS VIRAL: DURACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

Gwaltney JM et al, JAMA 1967; 202: 484-500



SINUSITIS

Hay sinusitis en la 1ra infancia?

Cuando es CVAS y cuando sinusitis?

Son aisladas o son rinosinusoadenoiditis?

Las adenoides influyen?

Cuál es la importancia de las Rx?

Las Rx hay que pedir las antes del tratamiento, durante, al final? o más adelante?, o nunca?

Cuando una Tomografía?

Tratamiento médico, atb, antihistamínicos, descongestivos, corticoides, spray nasales.....?

Se operan? Cuando derivar?





Otitis, rinitis, faringitis, sinusitis: conducta y tratamientos iniciales, recidivas,.....¿cuándo derivar?

Dr. Hugo Rodríguez

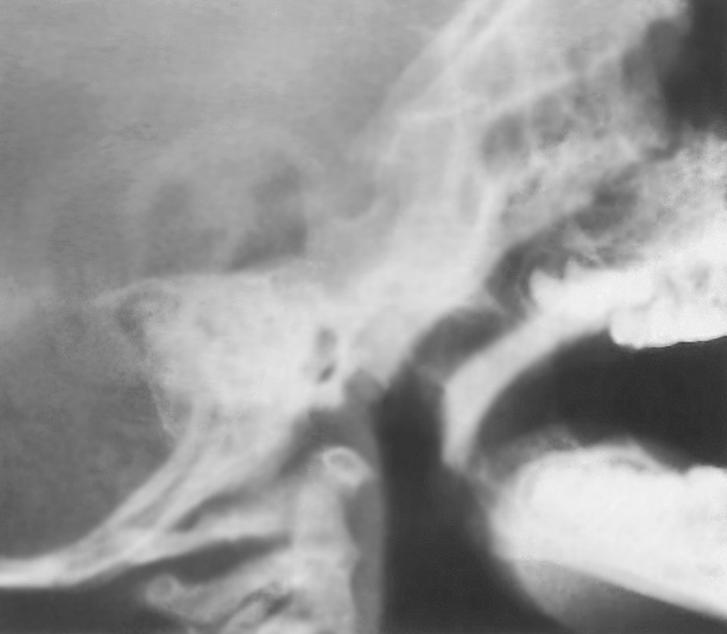




Otitis, rinitis, faringitis, sinusitis: conducta y tratamientos iniciales, recidivas,.....¿cuándo derivar?

Dr. Hugo Rodríguez

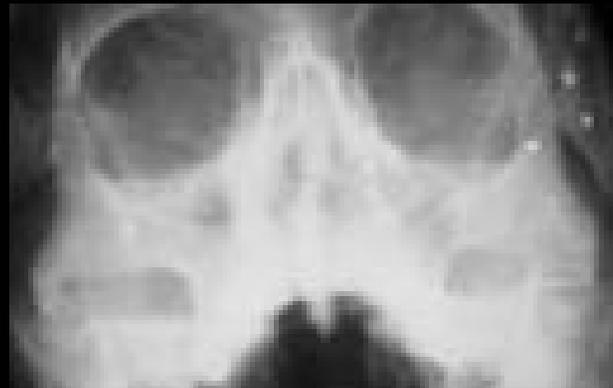




Otitis, rinitis, faringitis, sinusitis: conducta y tratamientos iniciales, recidivas,.....¿cuándo derivar?

Dr. Hugo Rodríguez





Otitis, rinitis, faringitis, sinusitis: conducta y tratamientos iniciales, recidivas,.....¿cuándo derivar?

Dr. Hugo Rodríguez



SINUSITIS

Hay sinusitis en la 1ra infancia?

Cuando es CVAS y cuando sinusitis?

Son aisladas o son rinosinusoadenoiditis?

Las adenoides influyen?

Cuál es la importancia de las Rx?

Las Rx hay que pedir las antes del tratamiento, durante, al final? o más adelante?, o nunca?

Cuando una Tomografía?

Tratamiento médico, atb, antihistamínicos, descongestivos, corticoides, spray nasales.....¿?

Se operan? Cuando derivar?



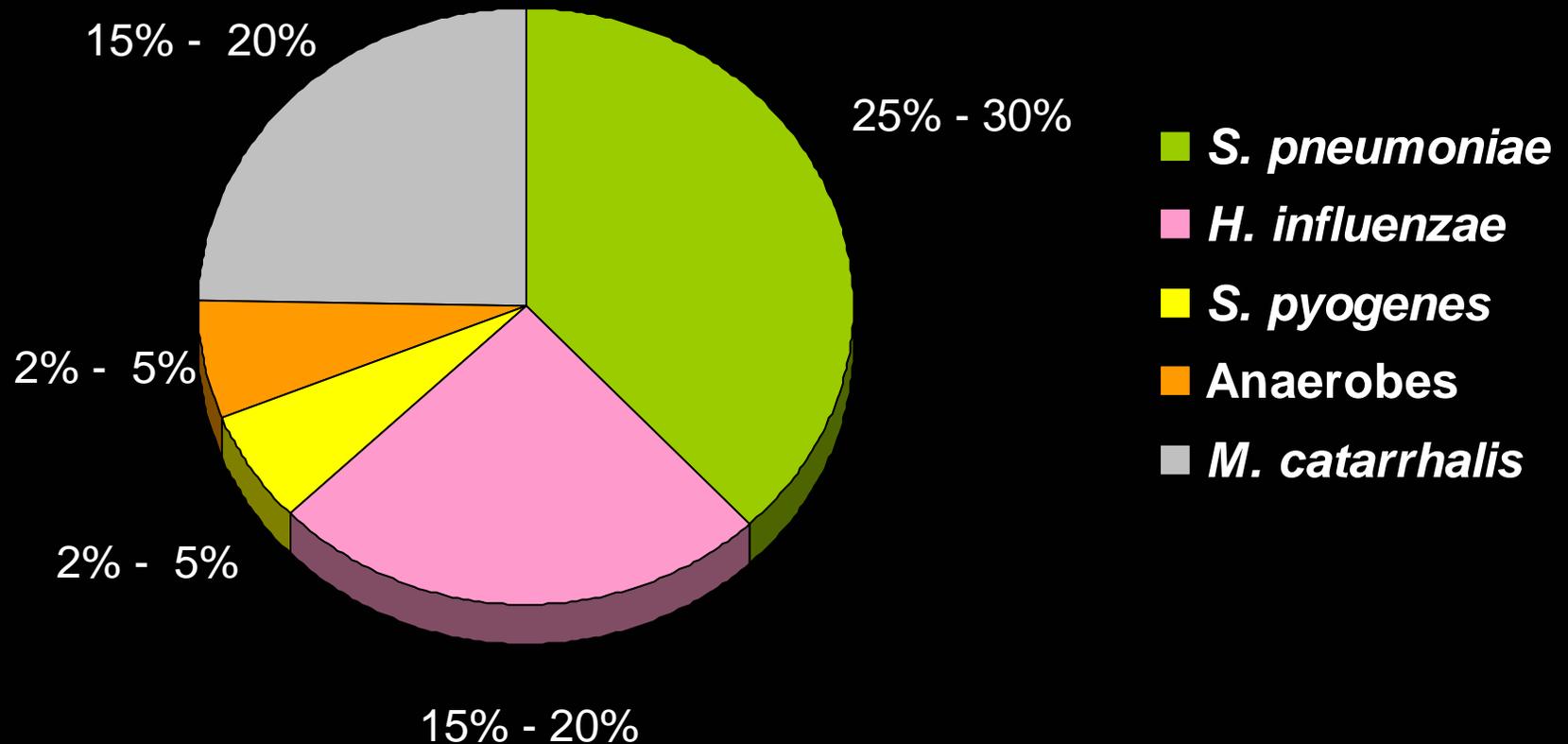
Antibioticos son recomendados en casos de Rinosinusitis Bacteriana Aguda para acelerar la resolucion de los sintomas, y son mandatorios en casos severos o posible comienzo de complicacion.

[Rhin sinusitis management in pediatrics: an overview.](#)
Int J Immunopathol Pharmacol. 2010 Jan-Mar;23(1 Suppl):53-5.



Microbiologia en Rinosinusitis Bacteriana Aguda en Pediatría

Otolaryngol Head Neck Surg 2004;130(1):S1–S45.



- A. High dose amoxicillin = 90 mg/kg/day in 2 divided doses**
High dose amox-clav = 90 mg/kg/day amoxicillin; 6.4 mg/kg/day clavulanate in two divided doses
- B. Usual dose amoxicillin = 45 mg/kg/day in 2 divided doses**
- C. Most patients with allergy to penicillin will tolerate cephalosporins. If allergy manifests as anaphylaxis, macrolides should be prescribed instead of cephalosporins:**
1. cefuroxime 30 mg/kg/day in 2 divided doses
 2. cefpodoxime 10mg/kg/day once daily
 3. cefdinir 14 mg/kg/day once daily
 4. azithromycin 10 mg/kg on day 1; 5 mg/kg x 4 days in single daily dose
 5. clarithromycin 15 mg/kg/day in 2 divided doses

American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

ANTIBIOTICOS PARA SINUSITIS PEDIATRICA

Cuanto tiempo es suficiente?

“Los pacientes que presentan buena respuesta a los antibióticos y mejoran rápidamente los síntomas respiratorios en 3 o 4 días : 10 días de tratamiento es apropiado.”

Los pacientes que responden mas lentamente, es razonable un tratamiento hasta que el paciente esta asintomático y entonces seguir 7 dias mas.

Si el paciente no mejora o empeora en 48 hs. Hay que reevaluarlo.”

Ellen Wald

Sih & Clement: Pediatric Sinus & Nasal Disorders
Boca Raton: Taylor & Francis; 2005 (pg. 428)



Administrar dosis altas de amoxicilina en el marco de la sinusitis cuando el paciente

- 1) Tiene síntomas graves,
- 2) Ha estado en tratamiento antimicrobiano reciente (90 días)
- 3) Es menor de 2 años de edad,
- 4) No responde al tratamiento después de 48 a 72 horas
- 5) Asiste a la guardería

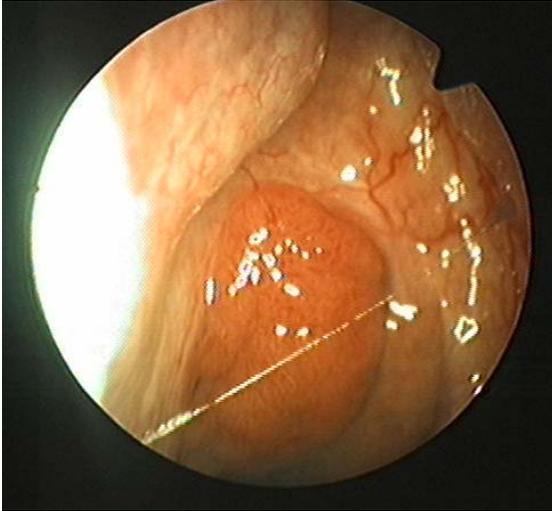


Posibilidad de fallo terapeutico en sinusitis aguda usando Amoxicilina como tratamiento

BACTERIA	PREVALENCIA	CURA ESPONTANEA	RESISTENCIA	FALLO
S. Pneumoniae	30%	15%	25%	3%
H. Influenzae	20%	50%	50%	5%
M. Catarrhalis	20%	50-75%	100%	5-10%

Hugo Paganinni , 2010

Cual es el rol de la adenoide?



Obstruccion por hipertrofia
Reservorio de bacterias patogenas



Adenoidectomía en Rinosinusitis

Pacientes con rinosinusitis crónica o recurrente y radio adenoides-coana >de 70%, pre y post quirúrgico.

Type of infection	Pre-op episodes per year	Post-op episodes per year	P value
Rhinosinusitis	13.70	0.76	<.001

Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2004; 68:447-451



Adenoides removidas de pacientes con RSC tuvieron biofilms densos cubriendo la mucosa; media de 94.9%, comparada con el 1.9% de las adenoides removidas en pacientes con SAOS. Estadísticamente significativo $P < .001$.

Biofilms en la nasofaringe de los niños con RSC puede actuar como reservorio de bacterias patógenas resistente a los antibióticos standard. (Puede explicar la mejoría clínica post adenoidectomía en los pacientes pediátricos).

Biofilm surface area in the pediatric nasopharynx: Chronic rhinosinusitis vs obstructive sleep apnea. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2007 Feb;133(2):110-4.



FARINGITIS

Test rápido, cultivo o solo clínica?
El tratamiento sigue siendo Penicilina?
Y si es alérgico?
Cuanto tiempo de tratamiento?
Cultivo antes, durante y después?
En recidivas, cultivo familiar?, que tratamiento?
Cuando pensar en cirugía?



FARINGITIS

Test rápido, cultivo o solo clínica?

El tratamiento sigue siendo Penicilina?

Y si es alérgico?

Cuanto tiempo de tratamiento?

Cultivo antes, durante y después?

En recidivas, cultivo familiar?, que tratamiento?

Cuando pensar en cirugía?



FARINGITIS

Test rápido, cultivo o solo clínica?

El tratamiento sigue siendo Penicilina?

Y si es alérgico?

Cuanto tiempo de tratamiento?

Cultivo antes, durante y después?

En recidivas, cultivo familiar?, que tratamiento?

Quando pensar en cirugía?



Antibiótico y vía	Dosis e intervalo	Duración
Fenoximetilpenicilina ,VO	50.000 UI/Kg/día Cada 8-12 hs.	10 días
Penicilina G benzatinica, IM	<25 kg. 600.000 UI >25 kg. 1.200.000 UI	Dosis única
Eritromicina	40-50 mg/kg/día Cada 6-8 hs.	10 días

Clin Infect Dis 35(113-125). 2002



Ventajas del uso de PENICILINA

Bajo costo

Buena efectividad clínica

Buena tolerancia

Espectro reducido

Cobertura microbiológica del 100%



FARINGITIS

Test rápido, cultivo o solo clínica?
El tratamiento sigue siendo Penicilina?
Y si es alérgico?

Cuanto tiempo de tratamiento?

Cultivo antes, durante y después?

En recidivas, cultivo familiar?, que tratamiento?

Cuando pensar en cirugía?



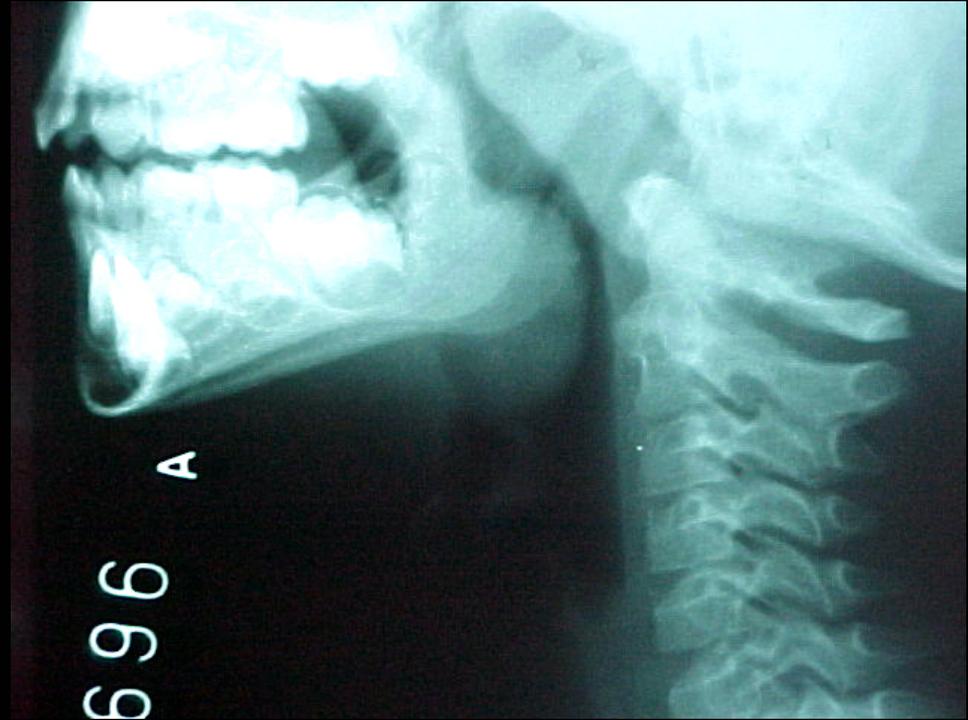
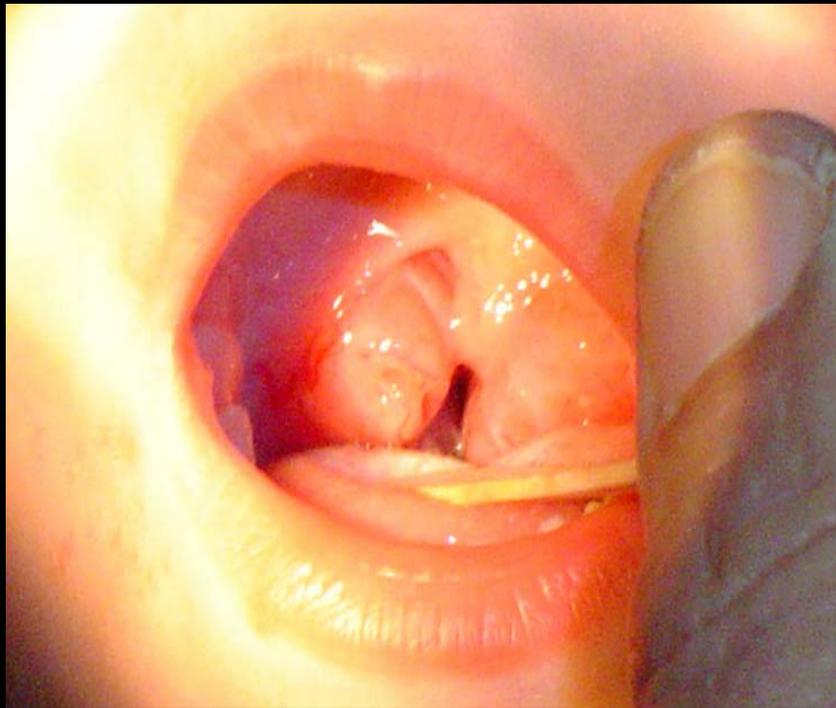
FARINGITIS

Test rápido, cultivo o solo clínica?
El tratamiento sigue siendo Penicilina?
Y si es alérgico?

Cuanto tiempo de tratamiento?
Cultivo antes, durante y después?
En recidivas, cultivo familiar?, que tratamiento?

Cuando pensar en cirugía?





Otitis, rinitis, faringitis, sinusitis: conducta y tratamientos iniciales, recidivas,.....¿cuándo derivar?

Dr. Hugo Rodríguez



INDICACIONES DE AMIGDALECTOMÍA



Absolutas

- Obstrucción de la vía aérea, apneas , hipoventilación, cor pulmonar
- Obstrucción severa con disfagia
- Tumores malignos de amígdalas
- Hemorragia incontrolable de vasos sanguíneos amigdalinos



Relativas

Infección recurrente

7 episodios en 1 año, 5 por año en 2 años o 3 por año en 3 años

(con fiebre, adenopatías, exudado o cultivo positivo para EBHA con tratamiento correcto)



Relativas

Absceso amigdalino

Amigdalitis crónica

Voz gangosa (*por hipertrofia*)

Halitosis (*criptitis*)

Linfadenitis cervical crónica (*descartadas otras causas*)

Otitis media recurrente

Obstrucción nasal

Sinusitis recurrente



OTITIS

Otoscopia, otoscopia neumática? Timpanometria?

Deben medicarse todas las otitis?

Cuando el antibiótico y cuando y cuanto esperar?

Esperar es no darle nada?

Si la decisión es Atb, cual?, cuanto tiempo? Qué control?

Cuando “rotar”?

La OMA es igual a la OME?

Corticoides si o no?

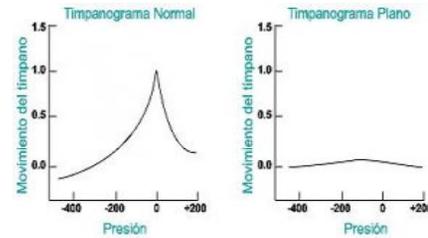
Recidiva, recurrencia, OME residual.

Cuando un oído es peligroso?

Cuando es tarde?



OTITIS



Otoscopia, otoscopia neumática? Timpanometria?

Deben medicarse todas las otitis?

Cuando el antibiótico y cuando y cuanto esperar?

Esperar es no darle nada?

Si la decisión es Atb, cual?, cuanto tiempo? Qué control?

Cuando “rotar”?

La OMA es igual a la OME?

Corticoides si o no?

Recidiva, recurrencia, OME residual.

Cuando un oído es peligroso?

Cuando es tarde?



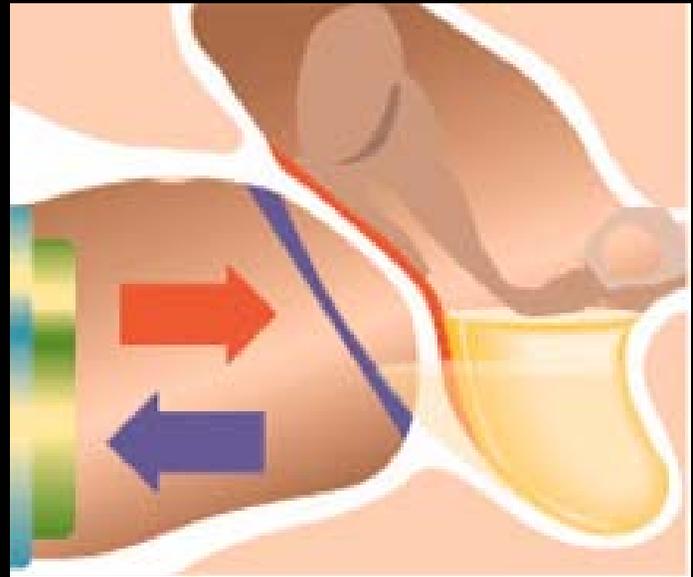
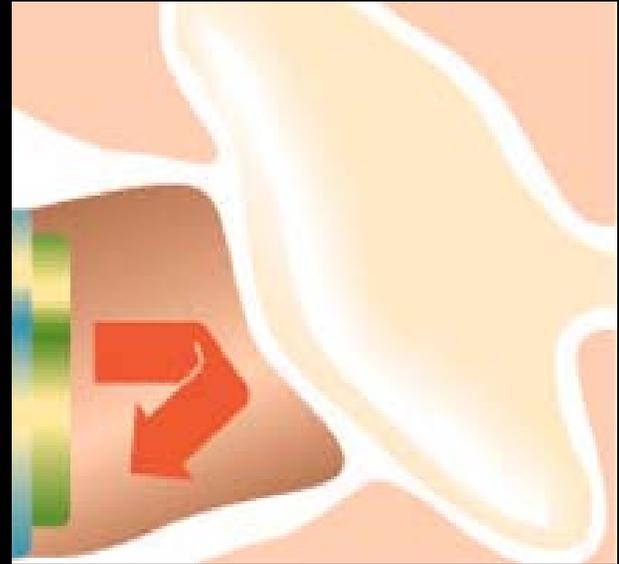
Otitis, rinitis, faringitis, sinusitis: conducta y tratamientos iniciales, recidivas,.....¿cuándo derivar?

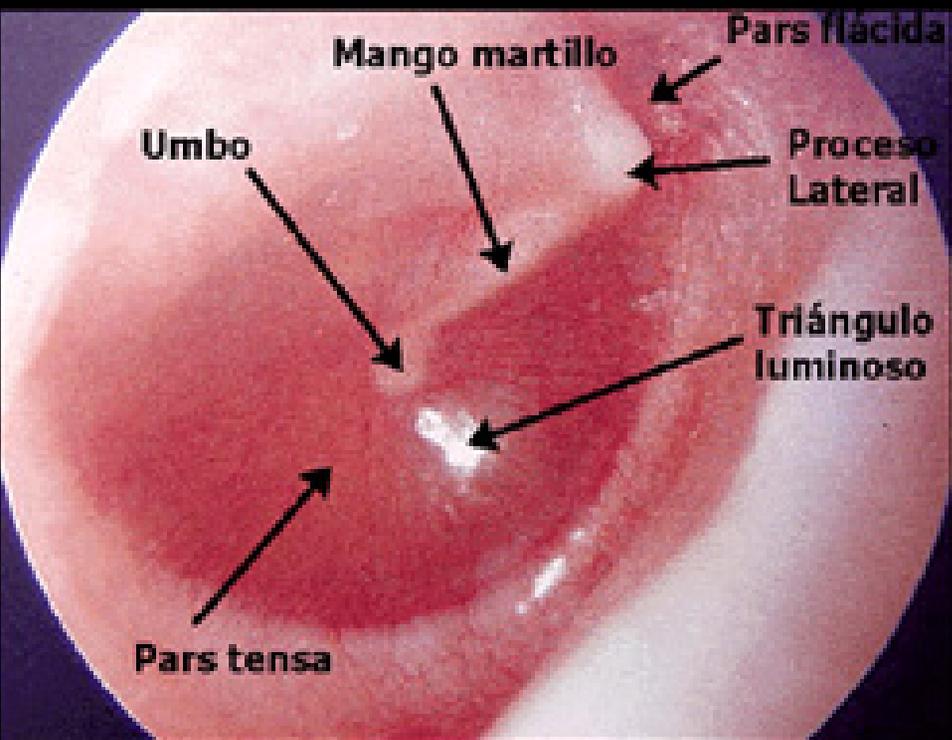
Dr. Hugo Rodríguez

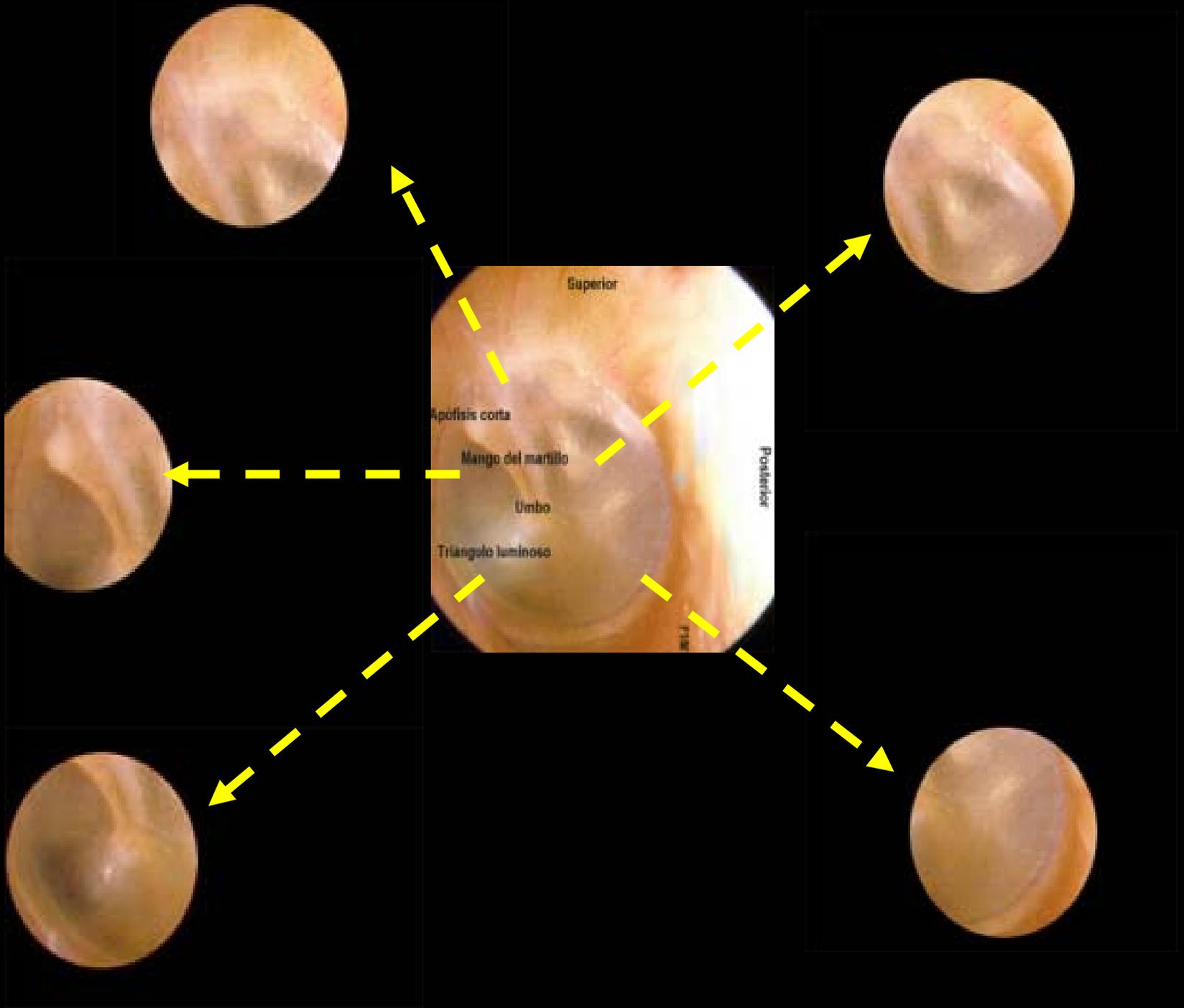


Hospital de Pediatría
Prof. Dr. Juan P. Garrahan













OTITIS

Otoscopia, otoscopia neumática? Timpanometria?

Deben medicarse todas las otitis?

Cuando el antibiótico y cuando y cuanto esperar?

Esperar es no darle nada?

Si la decisión es Atb, cual?, cuanto tiempo? Qué control?

Cuando “rotar”?

La OMA es igual a la OME?

Corticoides si o no?

Recidiva, recurrencia, OME residual.

Cuando un oído es peligroso?

Cuando es tarde?



Opción de Observación para Otitis Media Aguda



AAP & AAFP 2004, www.aap.org
NYS DOH 2002, www.abxuse.health.state.ny.us

Edad	Diag. Cierto de OMA	Diag. Incierto de OMA
<6 m.	Antibiótico	Antibiótico
6-23 m.	Antibiótico	Antibiótico (severa) Observ. (no-severa)
≥24 m.	Antibiótico (severa) Observ. (no-severa)	Observación



No severa

Implica otalgia moderada y fiebre <39C oral (or 39.5C rectal)

Severa

Implica otalgia moderada a severa, fiebre alta o signos de toxicidad

Observación es apropiada
cuando se puede hacer un buen
seguimiento del paciente

Otitis, rinitis, faringitis, sinusitis: conducta y tratamientos iniciales, recidivas,.....¿cuándo derivar?

Dr. Hugo Rodríguez



AAP & AAFP 2004, www.aap.org
 Modificado por Rosenfeld



Edad	Diag. Cierto de OMA	Diag. Ciertamente de OMA
<6 m.	Antibiótico	Antibiótico
6-23 m.	Antibiótico	Antibiótico (severa) Observación (no-severa)
≥24 m.	Antibiótico (severa) Observ. (no-severa)	Observación



Nueva Guia sugerida con diagnostico cierto de OMA

Richard Rosenfeld-IX Manual IAPO 2010

EDAD	OMA con otorrea	OMA bilateral sin otorrea	OMA unilateral sin otorrea
<de 6 meses	Antibiotico	Antibiotico	Antibiotico
6-23 meses	Antibiotico	Antibiotico	Observacion
> De 24 meses	Antibiotico	Observacion	Observacion



Observacion ≠ No Tratamiento

1. Analgesicos
(especialmente las primeras 24 hs)
2. Antibioticos cuando no responden
(safety net prescription)
3. Educación de los Pacientes





Contraindicaciones de la observación

Absolutas

- Edad menor de 6 meses
- Inmunodeficiencia
- Fiebre alta, enfermedad severa o fallo de tratamientos anteriores
- Imposibilidad de seguimiento

Relativas

- Recaida antes de los 30 días
- OMA bilateral y otorrea
- Malformaciones craneofaciales



Conclusiones

3 B-1 - RECOMENDACION

Si la decisión es tratar al paciente con antibióticos, el pediatra debería prescribir amoxicilina para la mayoría de los pacientes

If a decision is made to treat with an antibacterial agent, the clinician should prescribe amoxicillin for most children. (Recommendation.)

Guías para la práctica clínica Otitis media aguda: diagnóstico y manejo --Academia Americana de Pediatría-Academia Americana de Médicos de Familia-Subcomite para el manejo de la otitis media aguda-09-03-2004-



Conclusiones

3 B-2 - OPCION

Cuando se indique amoxicilina la dosis debería ser de 80 mg/kg/día.

When amoxicillin is used, the dose should be 80–90 mg/kg/day. (Option.)

Guías para la práctica clínica Otitis media aguda: diagnóstico y manejo --Academia Americana de Pediatría-Academia Americana de Médicos de Familia-Subcomite para el manejo de la otitis media aguda-09-03-2004-



Bacteriología

Streptococcus pneumoniae

Haemophilus influenzae

Streptococcus (Beta Hemolítico grupo A)

Moraxella Catarrhalis

Staphylococcus aureus

Neonatos

Conclusiones

4- RECOMENDACIÓN

Si el paciente no responde al manejo inicial dentro de las 48-72 hs., el pediatra debe reevaluar al paciente para confirmar la otitis media aguda y descartar otras causas de enfermedad. →

If the patient fails to respond to the initial management option within 48–72 hours, the clinician must reassess the patient to confirm AOM and exclude other causes of illness.

If AOM is confirmed in the patient initially managed with observation, the clinician should begin antibacterial therapy. If the patient was initially managed with an antibacterial agent(s), the clinician should change the antibacterial agent(s). **(Recommendation.)**

Conclusiones

4- RECOMENDACIÓN

Si la otitis media aguda es confirmada en el paciente inicialmente manejado con observación, el clínico debería comenzar con tratamiento antibacteriano. →

If the patient fails to respond to the initial management option within 48–72 hours, the clinician must reassess the patient to confirm AOM and exclude other causes of illness.

If AOM is confirmed in the patient initially managed with observation, the clinician should begin antibacterial therapy.

If the patient was initially managed with an antibacterial agent(s), the clinician should change the antibacterial agent(s). (Recommendation.)

Conclusiones

4- RECOMENDACIÓN

Si el paciente fue inicialmente tratado con antibacterianos el clínico debería rotar el antibiótico. →//

If the patient fails to respond to the initial management option within 48–72 hours, the clinician must reassess the patient to confirm AOM and exclude other causes of illness. If AOM is confirmed in the patient initially managed with observation, the clinician should begin antibacterial therapy.

If the patient was initially managed with an antibacterial agent(s), the clinician should change the antibacterial agent(s). (Recommendation.)

Guías para la práctica clínica Otitis media aguda: diagnóstico y manejo --Academia Americana de Pediatría-Academia Americana de Médicos de Familia-Subcomite para el manejo de la otitis media aguda-09-03-2004-

Antibióticos recomendados para OMA

AAP & AAFP Guideline on Acute Otitis Media

Pediatrics 2004; 113:1451-65

- OMA no severa:
 - ✓ Terapia Inicial: amoxicilina 80-90 mg/kg/día
PCN-alérgico, no-tipo I: cefdinir, cefuroxime, cefpodoxime
PCN-alérgico, tipo I: azitromicina, claritromicina
 - ✓ Fallo clínico a las 48-72 hs: amox-clavulanico 90 mg/kg/día
PCN-alérgico, no-tipo I: ceftriaxone IM por 3 días
PCN-alérgico, tipo I: clindamicina
- OMA severa:
 - ✓ Terapia inicial: amoxicilina-clavulanico 90 mg/kg/día
PCN-alérgico: ceftriaxone IM por 1-3 días
 - ✓ Fallo Clínico a las 48-72 hours: ceftriaxone IM for 3 días
PCN-alérgico: clindamicina, timpanocentesis



Historia Natural

...deberia tratar 4831 episodios de OMA para prevenir 1 caso de mastoiditis.....

Pediatrics, 123(2). 2009



OTITIS

Otoscopia, otoscopia neumática? Timpanometria?

Deben medicarse todas las otitis?

Cuando el antibiótico y cuando y cuanto esperar?

Esperar es no darle nada?

Si la decisión es Atb, cual?, cuanto tiempo? Qué control?

Cuando “rotar”?

La OMA es igual a la OME?

Corticoides si o no?

Recidiva, recurrencia, OME residual.

Cuando un oído es peligroso?

Cuando es tarde?



O.M.E. – O.M.S.

Acumulación de líquido detrás de un tímpano íntegro sin signos clínicos de infección, que perdura por más de 3 meses.

- Enfermedad **multifactorial**
- Del oído con participación de las V.A.S.
- Poco sintomática – Fluctuante
- Poco sistematizado su tratamiento
- A menor edad mayor compromiso ótico
- Tendencia a la resolución espontánea
- Puede dejar **secuelas** y evolucionar a la **O.M.C.**



O.M.E. - EPIDEMIOLOGÍA

90% tendrán OME entre 6m. y 4 años

33% comienza en el 1º año

60% antes del 2º año

30-40% tendrán OME recurrente

6% de las OMEC tendrán atelectasias



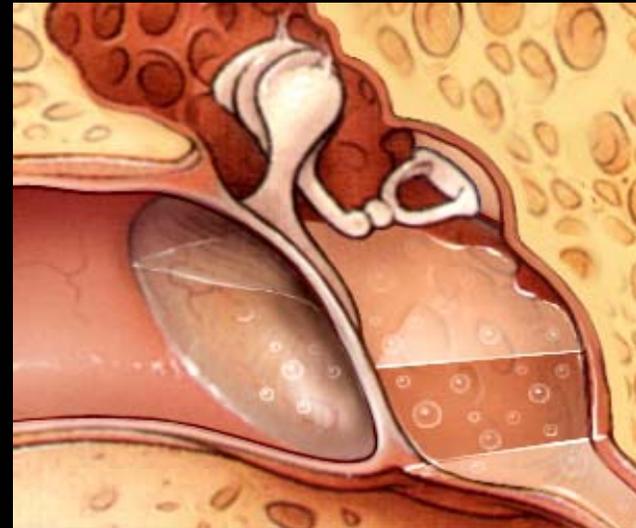
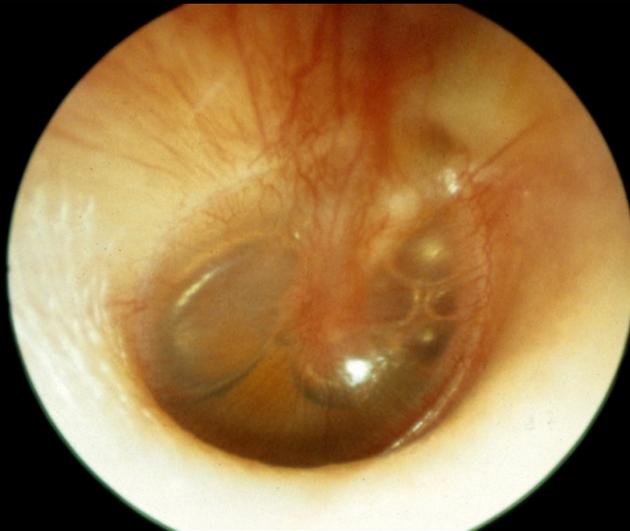


Causa infecciosa



10% de niños con persistencia de líquido en O.M. post O.M.A. a los 3 meses (Teele)





Otitis, rinitis, faringitis, sinusitis: conducta y tratamientos iniciales, recidivas,.....¿cuándo derivar?

Dr. Hugo Rodríguez





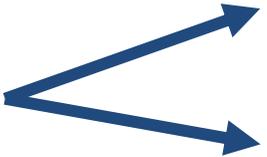
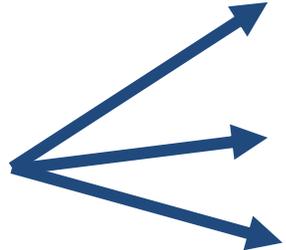
Otitis, rinitis, faringitis, sinusitis: conducta y tratamientos iniciales, recidivas,.....¿cuándo derivar?

Dr. Hugo Rodríguez





Patología del O.M.- Problemas

- O.M.A. 
 - Sobrediagnóstico
 - Alta clínica
- O.M.A.R. 
 - Uso indiscriminado de ATB profilaxis
- O.M.E. 
 - Subdiagnosticado
 - Subestimado
 - Seguimiento por AT



OTITIS

Otoscopia, otoscopia neumática? Timpanometria?

Deben medicarse todas las otitis?

Cuando el antibiótico y cuando y cuanto esperar?

Esperar es no darle nada?

Si la decisión es Atb, cual?, cuanto tiempo? Qué control?

Cuando “rotar”?

La OMA es igual a la OME?

Corticoides si o no?

Recidiva, recurrencia, OME residual.

Cuando un oído es peligroso?

Cuando es tarde?





Otitis, rinitis, faringitis, sinusitis: conducta y tratamientos iniciales, recidivas,.....¿cuándo derivar?

Dr. Hugo Rodríguez





Otitis, rinitis, faringitis, sinusitis: conducta y tratamientos iniciales, recidivas,.....¿cuándo derivar?

Dr. Hugo Rodríguez



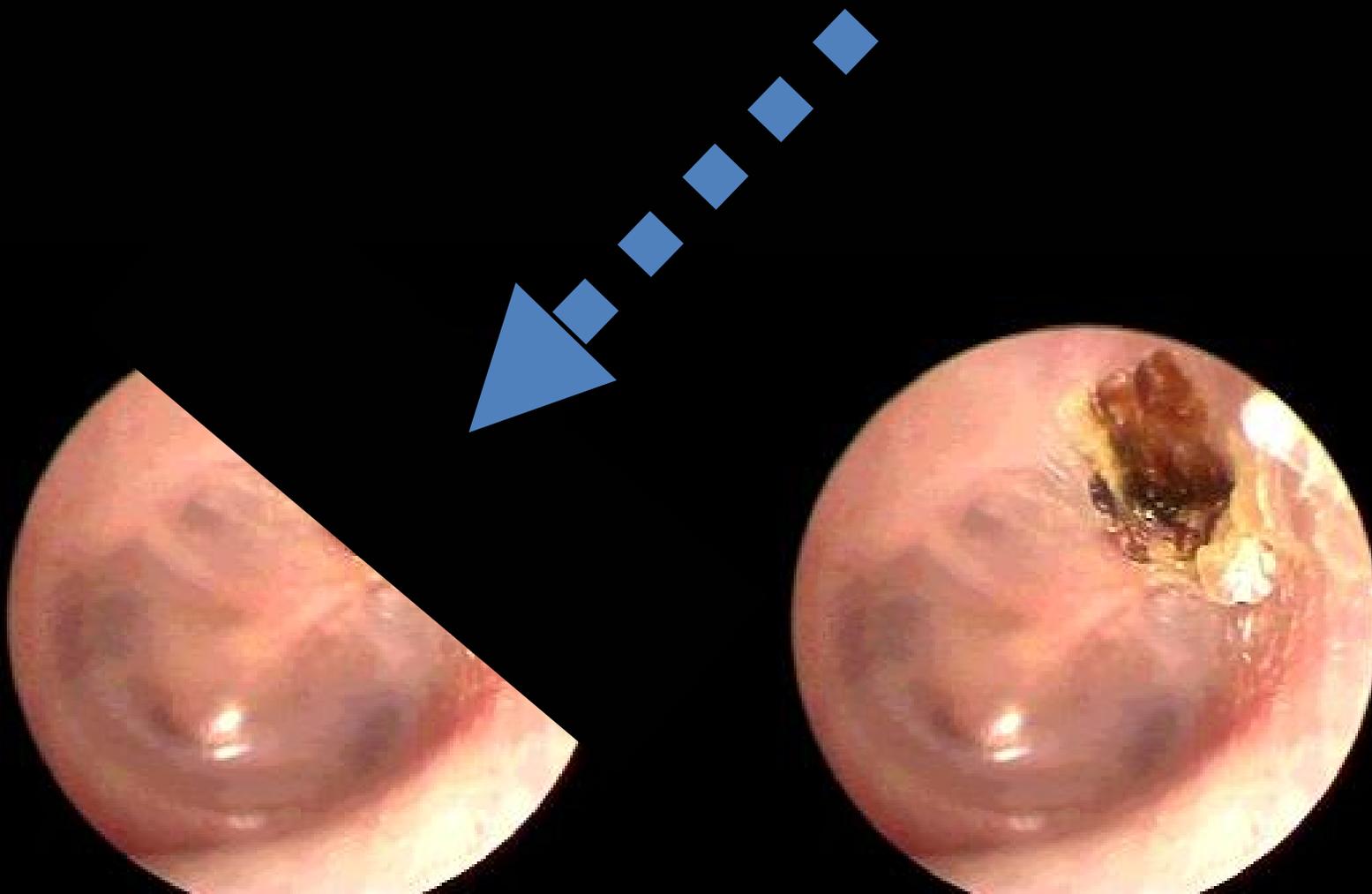


Otitis, rinitis, faringitis, sinusitis: conducta y tratamientos iniciales, recidivas,.....¿cuándo derivar?

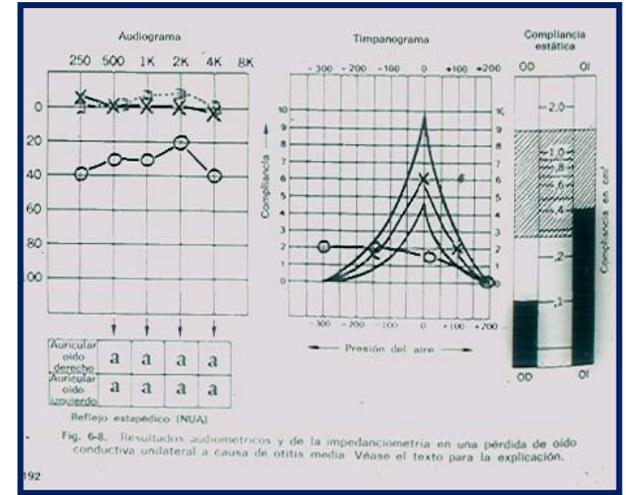
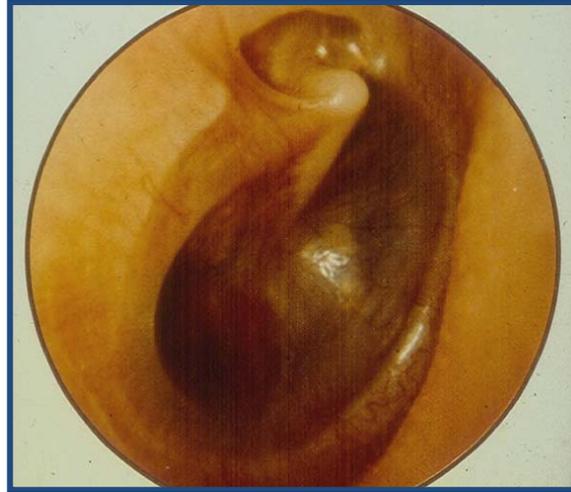
Dr. Hugo Rodríguez



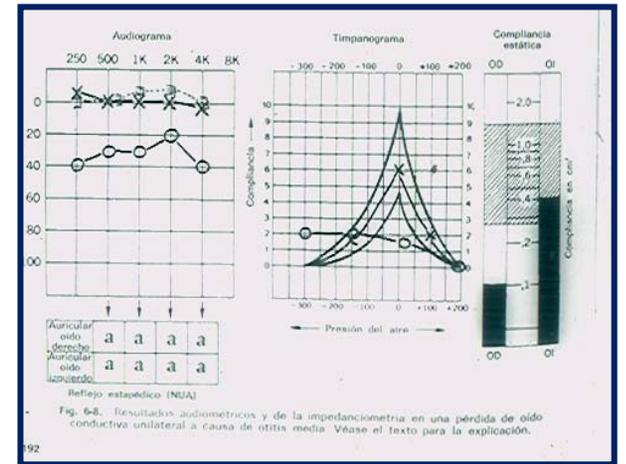
Timpanograma normal



Mucoide



Necrosis



Ejercicios del velo (I)

Maniobras de Valsalva

Ejercicios respiratorios

Gárgaras con líquido

Insuflar globos

Ejercicios de permeabilidad nasal



Ejercicios del velo (II)

Articulación consonantes posteriores

Deglución

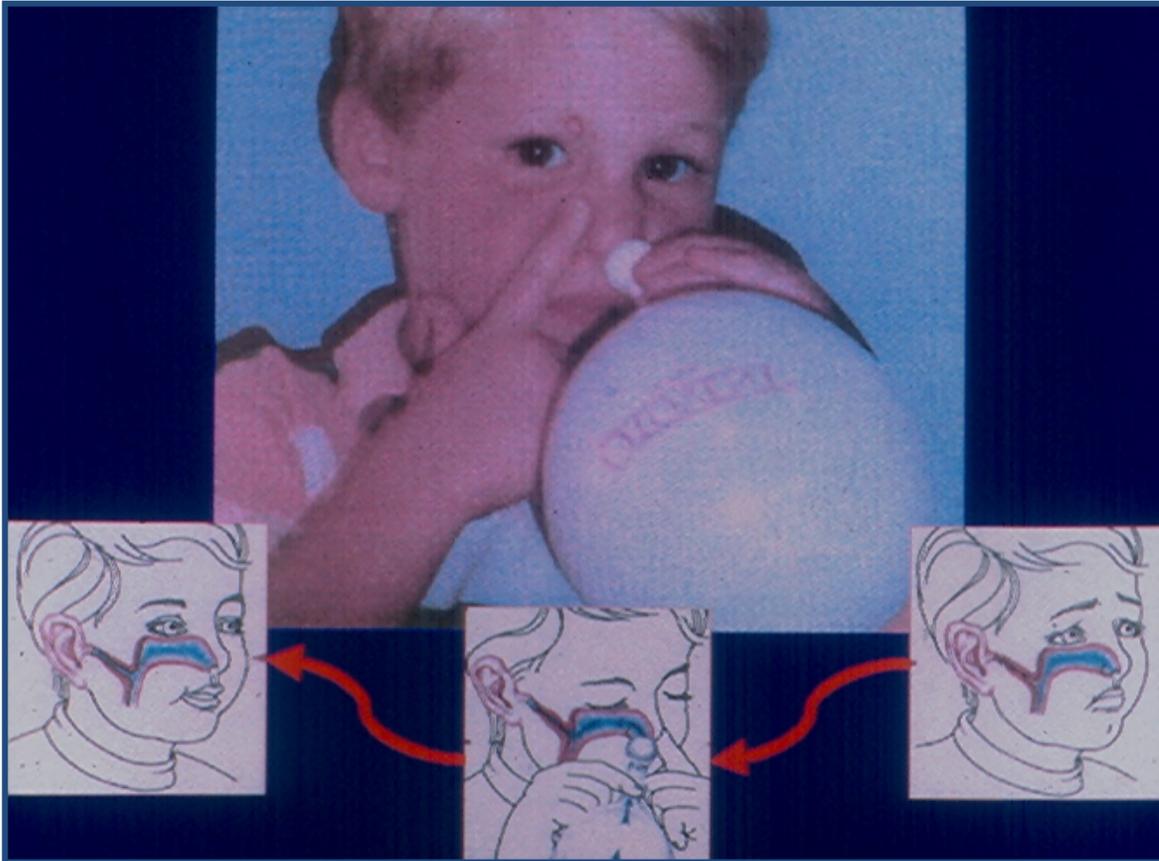
Masajes del velo – reflejo de arcada

Soplar

Termo estimulación con frío



Dispositivos



Otovent



Ventituba



Factores de Riesgo (I)

Antecedentes familiares

Alteración de cabeza y base de cráneo

Prematurez / bajo peso

Adenoiditis

Edad del niño

Episodios previos de O.M.A.

GUARDERIA



Factores de Riesgo (II)

Alergias / B.O.R.

Inmunodeficiencias

Estación del año

Lactancia / posición al lactar

Chupete prolongado

Reflujo gastroesofágico

Tabaquismo familiar

Natatorio



Xilitol

Profilaxis antibiótica (TMP-SMX 5 mg/kg/día)

Vacuna antineumococcica a partir de los 2 meses

Vacuna de influenza a partir de los 6 meses

Colocación de tubos de ventilación



Ventilar: Cuándo?

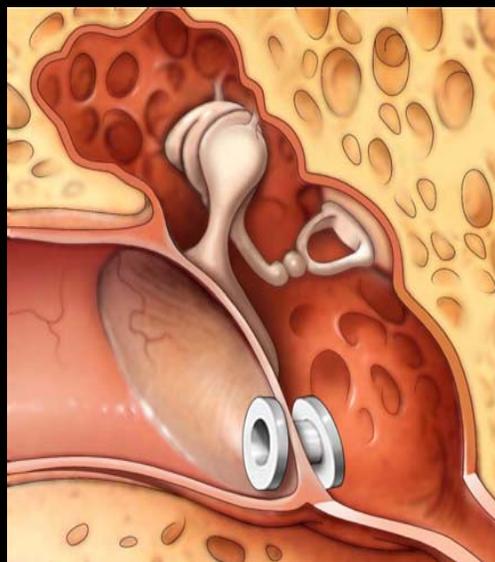
Cambios posicionales del tímpano

Cambios estructurales del tímpano

Alteración de comunicación – escolaridad aprendizaje

O.M.A.R. Falla terapéutica

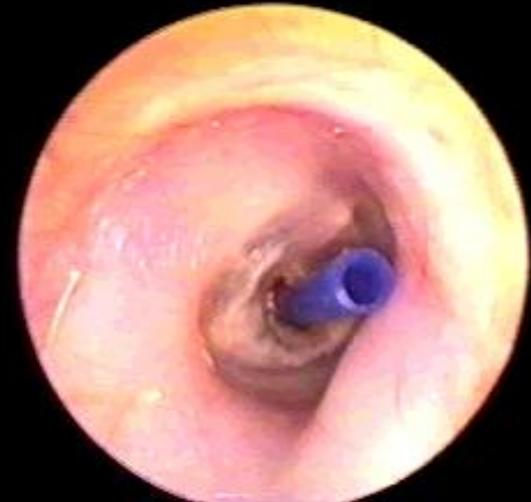
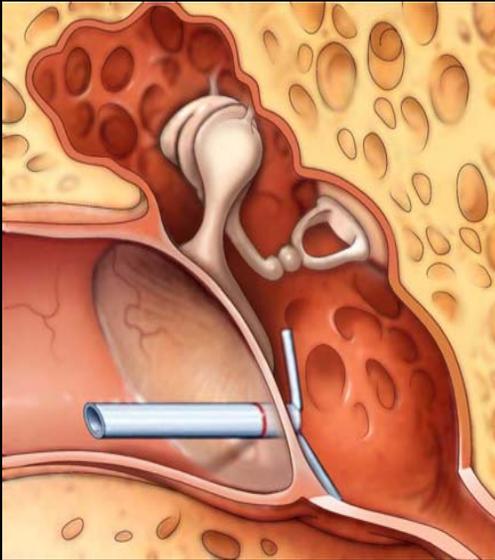




Otitis, rinitis, faringitis, sinusitis: conducta y tratamientos iniciales, recidivas,.....¿cuándo derivar?

Dr. Hugo Rodríguez





Factores que influyen la decisión quirúrgica

Factor pronóstico	Disminuye posibilidades Cx	Aumenta posibilidades Cx
Audición	NORMAL	ANORMAL
Comorbilidad	AUSENTE	PRESENTE
Estructura de la MT	NORMAL	ANORMAL
OMA recurrente	AUSENTE	PRESENTE
Duración bilateral OME	< 3 meses	> 3 meses
Duración unilateral OME	< 6 meses	> 6 meses
Edad del paciente	Niños mayores	Infantes
Alteraciones vestib/cocleares	AUSENTE	PRESENTE
Factores ambientales	FAVORABLE	DESFAVORABLE
Calidad de vida	BUENO	POBRE



Dr. Hugo R. Paganini

Otitis, rinitis, faringitis, sinusitis: conducta y tratamientos iniciales, recidivas,.....¿cuándo derivar?

Dr. Hugo Rodríguez

